

Arquivos de Neuro-Psiquiatria



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License (CC BY NC 4.0). Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1980000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017.

REFERÊNCIA

VIEGAS, Carlos A. de Assis. Doença de Charcot-Marie-Tooth associada a malformação de Klippel-Feil: registro de um caso e revisão da literatura. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 193-199, jun. 1980. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1980000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1980000200013>.

ALIMENTAÇÃO DE ZERO A UM ANO DE IDADE – UM DESAFIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria da Glória Miotto Wright¹
José Eduardo Dutra de Oliveira²

WRIGHT, M. G. M. & OLIVEIRA, J. E. D. Alimentação de zero a um ano de idade – um desafio aos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 275-280, jul./dez. 1985.

RESUMO. Analisam-se aspectos da alimentação infantil com respeito ao posicionamento das escolas médicas e Instituições Nacionais e Internacionais. São apresentados dados da alimentação de crianças de zero a um ano de idade de área periurbana e questiona-se a adequação da formação do profissional de saúde quanto à alimentação infantil.

ABSTRACT. This article discusses some aspects of feeding practices for children from zero to one year of age. Also questioned the position of medical school and National and International Institut in this respect of this subject plus the adequacy of the instruction and practices of the health professionals with respect to infant nutrition in low income communities.

INTRODUÇÃO

O problema alimentar de crianças é um dos mais discutidos hoje em dia no mundo. Tem existido, de uns anos para cá, muito esforço entre os pediatras e especialistas em nutrição para melhorar as fórmulas e horários do esquema alimentar de crianças mais novas.

Hoje em dia, esse assunto sobre a prática alimentar de crianças mais novas tem envolvimento emocional e político. Existem várias maneiras de suprir o bebê ou a criança pequena dos nutrientes essenciais. O mais importante é compatibilizar o regime alimentar com o ambiente ecológico em que a criança vive.

Sabe-se que o valor nutricional da dieta é fator primordial e, portanto, vai depender das disponibilidades econômicas e do acesso aos alimentos.

Observa-se que a alimentação de crianças de zero a um ano de idade está intimamente ligada aos padrões e hábitos alimentares da família.

De uma forma ou de outra, a população tenta cobrir todo o leque de suas exigências biológicas através de uma cesta “básica de alimentos”. Essa cesta básica reflete os hábitos de consumo da população, de um lado, e de outro a política de orientação do sistema produtor e comercializador de alimentos (ARRUDA)¹.

Sabe-se que a comunidade científica brasileira, da área da saúde, tem sido influenciada pela escola alemã em relação às recomendações das dietas para crianças de zero a um ano de idade (WOISKI)². Em geral, essa prática se baseia no estímulo à amamentação materna e, em alguns casos, a recomendação de completar o aleitamento com mamadeiras ou então substituir cada 2 mamadas pela oferta da mamadeira. Ao final de três a quatro semanas recomenda-se iniciar caldo de frutas e vitaminas A e D. Aos três meses inicia-se papa de frutas antes da mamada ou da mamadeira (correspondente ao horário da merenda – 14 ou 15 horas). Aos quatro e cinco meses é introduzida a pa-

¹ Professor Assistente Doutor do Curso de Enfermagem, Departamento de Medicina Geral e Comunitária, Universidade de Brasília – UnB.

² Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Divisão de Nutrição, Universidade de São Paulo – USP.

pa de hortaliças (horário das 10-11 horas) e dez a quinze dias após, a gema de ovo. No quinto mês pode-se fazer a transferência gradual para o leite integral. No sexto e sétimo mês introduzem-se carnes e vísceras na refeição correspondente ao almoço e a gema de ovo passa a ser dada com os cereais ao jantar. Do sétimo mês em diante introduzem-se leguminosas ou massas ao jantar (WOISKI)⁷.

Por outro lado, a proposta do governo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN/MS – BRASIL³, é de incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Entre os seis e sete meses de idade, além do leite materno iniciam-se misturas duplas ou múltiplas e a fruta da estação; de oito a doze meses segue-se o mesmo esquema; entre um e dois anos se inicia a complementação do leite materno com leite de vaca *in natura* ou em pó a 15% e se introduz também a alimentação da família.

Uma proposta internacional é apresentada pelo Grupo Asesor sobre Proteínas y Calorías del Sistema de las Naciones Unidas – GAP CAMERON⁴, onde o leite materno é recomendado regularmente até os nove meses de idade e depois passa para o período de transição. Frutas e sucos a partir do 3º mês de vida, misturas duplas a partir dos quatro meses de idade; misturas duplas a partir dos seis meses de idade e aos nove meses se inicia a comida do adulto.

O importante a observar é que há tanta vantagens como desvantagens para cada tipo de recomendação, e basicamente a decisão deve ser deixada aos pais. Por outro lado, não podemos esquecer que é muito difícil estabelecer um padrão alimentar para as várias regiões ou para as diferentes idades no Brasil.

Levando-se esses aspectos em consideração, este artigo levanta alguns questionamentos sobre o posicionamento das escolas médicas, instituições governamentais e Organismo Internacional em relação ao esquema alimentar de crianças de zero a um ano de idade, à formação do profissional de saúde em relação a esse aspecto e à viabilidade de tais condutas face à realidade de vida das crianças de populações de baixa renda vivendo à margem da sociedade.

Os resultados aqui apresentados são considerados representativos da realidade alimentar específica de um dado grupo social brasileiro, num contexto histórico também determinado.

O DESAFIO IMPOSTO PELA REALIDADE ALIMENTAR

Para conhecer esse desafio, precisamos em primeiro lugar visualizar alguns dados da realidade alimentar de crianças de zero a um ano de idade de uma área periurbana (WRIGAT)⁹ e entender como se processa a lógica do consumo na pobreza e, conseqüentemente, a formação de um determinado padrão alimentar.

A análise dos padrões alimentares de um grupo revela de imediato sua relação com a estrutura social e, por conseguinte, se visualizam as características e os resultados de uma determinada organização social. Desta forma, o processo de formação de padrões alimentares constitui uma expressão particular do processo geral da vida social e as condições nas quais se alcança esse padrão estão intimamente relacionadas com o “lugar” que a alimentação ocupa nos orçamentos familiares.

Os resultados obtidos neste estudo sobre os gastos da família com a alimentação indicaram que mais de 40% das famílias da amostra gastavam de 0,5 a 1,0 salário-mínimo com a alimentação; isto quer dizer que dois terços da renda média das famílias foram gastos em alimentação, havendo famílias que gastaram acima de 80% neste item.

A relação entre a pobreza e a alimentação escolhida não é apenas decorrente daquilo que o dinheiro pode ou não comprar, sofre também inúmeras mediações de ordem ideológica. Isto nos leva a entender melhor as práticas alimentares encontradas nesta pesquisa, onde numa amostra de cento e trinta e três crianças foi identificado: 15,0% (vinte) das crianças estavam com aleitamento natural; 44,4% (cinquenta e nove) no aleitamento misto e 40,0% (cinquenta e quatro) no artificial, notando-se, portanto, que do total geral das crianças 59,4% (setenta e nove) estão classificadas na categoria do aleitamento natural e misto, o que mostra que mais da metade da população estava amamentando na época do estudo.

Por outro lado, na observação da distribuição das crianças por faixa etária e práticas alimentares (TABELA 1), verifica-se que as crianças de zero a seis meses de idade compõem a metade da amostra e o aleitamento misto é o padrão mais comum, seguido pelo artificial e, no último lugar, o aleitamento natural. Acima de seis meses de idade, a ordem passa a ser artificial, misto, natural.

Outro fator importante encontrado é que existem crianças de até doze meses de idade tomando

TABELA 1 – Práticas Alimentares de Crianças de Zero a Um Ano de Idade Segundo o Tipo de Aleitamento e Idade

Idade	Aleitamento Natural		Aleitamento Misto		Aleitamento Artificial		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 3 meses	7	17,9	26	66,7	6	15,4	39	100,0
3 — 6 meses	3	10,3	14	48,3	12	41,4	29	100,0
6 — 9 meses	6	19,4	10	32,3	15	48,4	31	100,0
9 — 12 meses	4	11,8	9	26,5	21	61,4	34	100,0
Total Geral							133	100,0

leite materno, o que se leva a deduzir que os valores e outros fatores ambientais por parte da mãe e da sociedade estão em jogo. Alimentação suplementar também sofre influência do aspecto ideológico. A dieta corrente das crianças, obtida nas 24 horas anteriores, indicou que 42,1% das crianças recebiam apenas leite, tanto na forma natural como artificial, e o restante recebia além do leite, a comida. O termo comida é utilizado neste estudo para qualquer alimento que a criança ingeria sem ser o leite. No aleitamento natural 65,0% das crianças recebiam comida além do leite, enquanto que no misto 57,7% recebiam apenas leite (quer na forma natural e artificial). Já no artificial, 74,1% recebiam comida além do leite.

Nota-se que o fator comida é mais freqüente no aleitamento natural e artificial do que no misto. A freqüência com que a comida, alimentação suplementar, aparece na dieta da criança (TABELA 2) indicou que os alimentos à base de cereal e deri-

vados e algum tipo de proteína (leite) são os mais comuns. Os menos freqüentes são as verduras, frutas, carnes. O que indica que os alimentos que mais predominam na dieta das crianças são os do grupo energético; os reguladores aparecem de forma esporádica. Quanto aos protéicos, o leite é a fonte que aparece com alguma importância, e em seguida podemos considerar o feijão.

Outros aspectos encontrados no levantamento das 24 horas anteriores foi em relação ao horário de oferecer o alimento, em geral em torno de cada 2 a 3 horas e a partir dos 2,5 meses a 3 meses de idade se iniciava a introdução de outros alimentos; e os à base de sal, a partir dos 4 meses de vida. As crianças recebiam em média uma refeição grande por dia, que correspondia ao horário do almoço e era nesse horário que se faziam presentes os alimentos das refeições dos adultos.

A dieta das crianças mostrou-se pouco variável, o que indica que nessa camada da população

TABELA 2 – Grupos de Alimentos por Ordem de Maior Freqüência na Dieta das Crianças

Grupo I	Grupo II	Grupo III
<ul style="list-style-type: none"> – Leite em pó – Maizena – Arroz – Banana prata – Pão – Creme de arroz – Feijão em grão – Suco de laranja – Leite de vaca – Arrozina 	<ul style="list-style-type: none"> – Carne de gado – Caldo de feijão – Macarrão – Maçã – Farinha Neston – Cremogena – Café – Biscoito Maizena – Batata – Chás (erva-doce, camomila, mate, eucalipto, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> – Mucilon – Suco de caju – Suco de abacaxi – Suco de limão – Suco de maracujá – Ovo – Bolo – Caldo de arroz – Biscoito polvilho – Tomate, couve, abóbora, chuchu, quiabo, alface, giló – Carne de galinha

“comida” é basicamente arroz, feijão e carne (quando se pode comprar). As verduras, os legumes e as frutas, aparecem como alimentos que servem para tapear a fome. O processo de aquisição desses hábitos faz-se às vezes, quando a mãe oferece aos filhos para comer “a comida que todo mundo come”, pois a opção por leite nem sempre é possível, monetariamente, de tal modo que antes de completarem os seis meses as crianças já estão comendo feijão, arroz, fato este confirmado nessa pesquisa e, assim, é comum encontrar sinais de desnutrição.

Neste estudo, o perfil do estado nutricional das crianças de zero a um ano de idade foi o seguinte:

- **PREVALÊNCIA DA DESNUTRIÇÃO:** a porcentagem da população infantil que estava desnutrida, de acordo com o sistema de Gomez foi de 36,8%.

- **SEVERIDADE DA DESNUTRIÇÃO:** a prevalência dos casos de desnutrição (moderada e grave, respectivamente de 1ª e 2ª graus) foi de 9,5%. Pelo sistema Waterlow foi de 1,0%. A porcentagem de crianças que se encontravam abaixo de -2DP para (P/I) foi de 11,5%; para (A/I) foi de 6,4% e finalmente para (P/A) foi de 7,3%.

- **NATUREZA DA DESNUTRIÇÃO:** a natureza da desnutrição é melhor avaliada pelo sistema Waterlow. Os resultados na ocasião mostraram 4,2% de casos de emaciação e 4,2% de nanismo, com uma prevalência combinada de nanismo e emaciação de apenas 1,0%.

Assim, a amostra da população do Paranoá de zero a doze meses de idade, em comparação com a população de referência (WATERLOW et alii)⁶, mostrou-se mais leve (P/I) e menor (A/I), porém ligeiramente proporcional (P/A), indicando com isto que o desenvolvimento físico ficou prejudicado por um consumo e/ou uma absorção alimentar insuficiente durante um longo período de tempo, o que gerou uma adaptação da criança ao atraso de crescimento. Isto se deve ao fato também de que as mães nem sempre fornecem a quantidade e proporções adequadas para a idade da criança ou então, para “matar a fome” da criança, as mães substituem às vezes o arroz e o feijão pelo suco de frutas, biscoitos, bolachas. Esses alimentos são mais pobres em sua composição e por isso mais baratos.

Não podemos esquecer que tais práticas alimentares refletem as formas de organização social e familiar. No que se refere à organização social, temos uma política econômica e agrícola que tem,

nos últimos anos, favorecido à produção de exportações de álcool carburante, em prejuízo da produção para o mercado interno (BARROS)⁴. Além disso, os produtos alimentares básicos sofreram aumentos de preços superiores à inflação, dificultando a sua aquisição por populações de baixa renda; nesta pesquisa a renda familiar variou entre 0,5 a 3,0 salários-mínimos.

Um outro fator referente à organização social e que tem também grande importância na formação dos hábitos alimentares é a migração interna no Brasil. Em Brasília, existe um fato característico, que é o deslocamento das populações de baixa renda entre as diferentes cidades-satélites, devido à valorização dos terrenos e ao aumento do custo de vida. Nesta pesquisa mais de 90,0% das famílias tiveram uma permanência no Paranoá menor que um ano, fator esse que pode levar a alguma modificação dos hábitos alimentares, incorporando outros alimentos ao cardápio das refeições tanto das crianças como dos adultos.

No que se refere à organização familiar e de trabalho, devemos considerar os seguintes aspectos: – a facilidade de estocagem dos alimentos menos perecíveis. Já que essas famílias não possuem geladeira para guarda dos alimentos, então surge a opção pela escolha do arroz, feijão, maizena, macarrão, alimentos esses encontrados rotineiramente na dieta quer do adulto como das crianças; – o tempo gasto na preparação dos alimentos é um fator importante. Cozinhar arroz, feijão, macarrão é relativamente fácil e exige pouco tempo e cuidado. Como as mulheres também contribuem para a formação da renda familiar, essa economia de tempo libera a mulher para outras atividades dentro ou fora de casa. Embora nessa amostra as mães, em sua maioria, não tivessem ocupações remuneradas fora do lar, seu tempo era utilizado para pegar água na mina e/ou torneira pública para os afazeres domésticos.

O QUE RESTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Levando-se em consideração o que foi abordado até o momento, chega-se à hora de indagar o seguinte: “O que se ensina ao futuro profissional de saúde sobre alimentação infantil é compatível com a realidade em que a população brasileira de baixa renda está inserida?”

As escolas médicas preconizam um esquema alimentar em que a criança de zero a 12 meses de

idade deve receber de 5 a 6 diferentes alimentos diários em intervalos de 3 a 4 horas, recebendo em média duas refeições grandes em horários correspondentes ao almoço e ao jantar, conforme a idade da criança, além dos alimentos leves nos horários intercalados a estes.

Na composição do esquema alimentar das escolas médicas, o qual chamaremos de “Teoria Alimentar”, existe um balanceamento dos nutrientes recomendados, embora os alimentos pareçam ser mais ricos em teor protéico do que calórico. Existe o incentivo do uso de frutas, verduras, sobremesa no cardápio da criança, além do enfoque para o uso do leite materno, bem como o uso do leite artificial (conforme a situação). Além disso, a filosofia inserida na “Teoria Alimentar” visa a manutenção da saúde da criança que vive em ambiente com condições de atender a esse esquema básico de alimentação.

Diante desses fatos, visualiza-se uma formação para o futuro profissional de saúde que não é neutra e nem universal, pois os esquemas propostos, ensinados e preconizados pelas escolas médicas não podem ser adotados pela população em geral, especialmente a camada de baixa renda, como pode-se verificar nesta pesquisa do Paranoá, onde a dieta das crianças dessa realidade é proporcionalmente mais rica em alimentos energéticos do que reguladores e, quanto aos protéicos, o leite é a fonte que aparece de forma mais importante, não ocorrendo o mesmo com o ovo, a carne, a galinha ou as leguminosas, menos no caso do feijão.

Dada a reduzida renda dessa população, pode ser que essa solução seja mais adequada do que a dieta a preço elevado recomendada pelas escolas médicas, contendo alimentos mais ricos em proteínas. Essa dieta seria justificada somente se a deficiência protéica fosse muito maior do que a calórica. WRIGHT⁸ e JUL⁵ demonstraram em seus estudos que é uma regra geral as deficiências calóricas serem relativamente mais graves que as protéicas em populações de baixa renda. Desta forma, o esquema alimentar proposto pelas escolas médicas não estaria atendendo de imediato às necessidades das populações de baixa renda.

Percebe-se, portanto, que a alimentação que a mãe oferece para a criança de zero a um ano de idade tem um esquema e uma lógica que estão dentro de suas limitações econômicas e ambientais e, assim, torna-se incompatível com a lógica do esquema da “Teoria Alimentar” das escolas médicas.

Por outro lado, os outros esquemas recomendados pelas Instituições, quer a nível nacional como internacional, são pouco utilizados ou referenciados quando da formação do profissional de saúde. Tampouco se pode considerar que os profissionais de saúde sejam flexíveis a ponto de adaptarem essas técnicas para a realidade de camadas desfavorecidas, quando sua formação está demarcada às exigências de um tipo de profissional que o mercado de trabalho exige – um profissional elitizado que enfatiza o aspecto curativo em detrimento do preventivo.

Outro fator que se evidenciou é que os canais e métodos de comunicação utilizados pelos profissionais de saúde para com a clientela assistida estão sendo ineficientes, de modo que as mensagens de educação para a saúde não têm atingido de maneira ideal a população de baixa renda. Os dados da pesquisa indicaram que a atuação dos profissionais de saúde mostrou falhas no atendimento de populações marginalizadas e, quando esta atuação existiu, geralmente não chegava a influenciar a população.

Isto acontece no Distrito Federal, onde os serviços oferecidos à população de baixa renda estão entre os mais completos do Brasil.

CONCLUSÃO

O que fica claro com os resultados desse estudo é que, nas comunidades de baixa renda, os suplementos recomendados pelas escolas médicas são por demais caros para serem utilizados integralmente. É necessário adaptar as recomendações às possibilidades aquisitivas das populações marginalizadas ou, então, tomar iniciativas no sentido de elevar o poder aquisitivo dessa população e suas condições gerais de vida.

Além disso, deve-se considerar que a nutrição deve ser vista e abordada na formação de qualquer profissional da área de saúde em toda a sua amplitude, isto é, desde a produção, comercialização e industrialização dos alimentos até as políticas que norteiam essas fases, além dos aspectos econômico-sociais e culturais que interferem na nutrição.

É dentro deste contexto que se pode querer estabelecer algum padrão alimentar para as crianças de zero a um ano de idade e preconizá-lo como um dos modelos a ser ensinado na formação dos profissionais de saúde.

Os cursos da área de saúde, em especial os de enfermagem, podem aproveitar e rever em seus

currículos qual a posição que a disciplina Nutrição ocupa; qual o enfoque utilizado nesta disciplina; qual o seu grau de aproveitamento e relevância para os alunos.

O enfermeiro tem responsabilidade direta ou indiretamente com a saúde materno-infantil; precisa, portanto, estar adequadamente preparado.

WRIGHT, M. G. M. & OLIVEIRA, J. E. D. Children from zero to one year of age feeding – a health professionals challenge. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 275-280, July/Dec. 1985.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARRUDA, B. K. G. Padrões e hábitos alimentares da população brasileira. Rio de Janeiro, 1981. Mimeografado. Conferência no Ciclo de Extensão da Escola Superior de Guerra (ESG), sobre a Problemática Psicossocial da Opção pela Agricultura.
2. BARROS, J. R. M. & GRAHAM, D. H. A agricultura brasileira e a produção de alimentos. *Pesq. Planej. Econ.*, 8(3):695-726, 1978.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame*. Brasília, 1984. (Ações básicas na assistência integral à saúde da criança).
4. CAMERON, M. & HOFVANDER, Y. *Manual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños*. 2. ed. Nueva York, FAO/OMS/UNICEF, 1977.
5. JUL, M. Alternatives for improving food policies to meet consumer needs. In: PROCEEDING OF THE WORLD FOOD CONFERENCE. s.l. Iowa State University, 1976.
6. WATERLOW, J. C. et alii. The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *B. World Health Org.*, Genève, 55:489-98, 1977.
7. WOISKI, J. R. Alimentação do lactente. In: _____. *Dietética pediátrica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981. p. 95-116.
8. WRIGHT, M. G. M. *A introdução da soja na dieta de famílias de baixa renda: um experimento educacional em duas comunidades brasileiras: Ohio*, 1977. Tese (mestrado) – The Ohio State University. Departamento de Medicina Preventiva.
9. _____. *A realidade alimentar de crianças de zero a um ano de idade de área periurbana – um desafio aos profissionais de saúde*. Ribeirão Preto, 1984. Tese (Doutoramento) – USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.